CIFC Health

Autorización para el Consentimiento

Uso de CIFC del Intercambio de Información de Salud (HIE):

Participamos en uno o más Intercambios Electrónicos Seguros de Información de Salud ("HIE", por sus siglas en inglés) que permiten a proveedores de atención médica autorizados, planes de salud y otras organizaciones compartir su información de salud para fines permitidos, como tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Compartir información a través de un HIE ayuda a coordinar su atención y mejora la calidad y la eficiencia.

Su información puede ser compartida electrónicamente con otros participantes del HIE, incluidos hospitales, médicos, farmacias, laboratorios y planes de salud, y puede incluir información creada por nosotros o recibida de otros.

A menos que usted decida excluirse a continuación, su información de salud puede ser compartida como se describe arriba. Usted puede excluirse en cualquier momento, excepto cuando la ley requiera la divulgación o cuando su equipo de atención necesite obtener información relacionada con su tratamiento.

☐ Excluirme del intercambio de información de salud (HIE) de CIFC

Marque esta casilla solo si NO desea que su información de salud sea compartida para los fines mencionados anteriormente.

Intercambio de Información de Salud (Connie):

Participamos en Connie, el Intercambio de Información de Salud (HIE) designado por el estado de Connecticut. Compartir información a través de Connie ayuda a coordinar su atención y a reducir demoras o pruebas duplicadas.

A menos que seleccione una o más casillas a continuación, esta información puede ser compartida a través de Connie según lo permita la ley. Usted puede excluirse en cualquier momento en www.conniect.org o llamando al (866) 987-5514.

NO comparta la siguiente información a través de Connie:

☐ VIH/SIDA

☐ Salud conductual

☐ Trastorno por uso de sustancias

Acuerdo Financiero y Cesión de Beneficios:

Doy permiso a CIFC Health para enviar facturas por los servicios a Medicare, Medicaid o cualquier otra compañía de seguros por mí y por mis hijos menores de 18 años que estén incluidos en el formulario demográfico. También autorizo a CIFC Health a compartir mi información de salud o la de mi hijo con la compañía de seguros, lo que puede incluir información sobre atención de salud mental, uso de sustancias o VIH, si es necesario para el pago.

Entiendo que soy responsable de pagar todos los cargos por los servicios para mí y mis hijos menores de 18 años que figuran en el formulario demográfico. Esto incluye deducibles, copagos y coseguros; servicios que mi seguro no cubre; y cualquier monto restante después de que mi seguro pague.

Entiendo que debo notificar a CIFC Health de inmediato sobre cualquier cambio en mi seguro.

Autorizo a mi compañía de seguros a enviar el pago directamente a CIFC Health o a sus proveedores por los servicios prestados a mí o a mis hijos menores de 18 años que figuran en el formulario demográfico. Si mi seguro niega el reclamo porque no soy elegible, mi cobertura ha finalizado, o por cualquier otra razón, acepto pagar el monto total adeudado lo antes posible.

Entiendo que CIFC Health ofrece un programa de descuento según una escala de tarifas variables basado en mis ingresos, y acepto notificar a CIFC Health de inmediato sobre cualquier cambio en mis ingresos. Entiendo que puedo hablar con el Departamento de FIA para obtener más información sobre el programa de descuento según la escala de tarifas variables.

Autorización para el Tratamiento:

Autorizo al personal de CIFC Health a proporcionar atención médica, dental y de salud conductual de rutina para mí y para mis hijos menores de 18 años que estén incluidos en el formulario demográfico. La atención puede incluir pruebas (incluida una prueba de VIH), medicamentos, inyecciones, vacunas u otros tratamientos que se basen en las guías médicas estándar, pero que pueden conllevar algunos riesgos. Mi proveedor me explicará los riesgos con anticipación. Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier prueba, tratamiento, servicio o medicamento, según lo permita la ley. Entiendo que estudiantes y personas en formación en el área de la salud pueden colaborar en mi atención bajo la supervisión del personal clínico de CIFC Health.

Usos y Divulgaciones de Información y Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad:

Autorizo a CIFC Health a usar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento médico; (2) mantener mi información de salud en un sistema electrónico de registros médicos y utilizar tecnología segura para mejorar la prestación de atención médica; (3) permitir que CIFC Health obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (4) permitir que CIFC Health lleve a cabo operaciones ordinarias de atención médica y administrativas, tales como aseguramiento de calidad, planificación de servicios y administración general.

Estoy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información relacionada con: (1) VIH o SIDA; (2) tratamiento por trastornos por uso de sustancias; (3) salud psiquiátrica o conductual; (4) enfermedades de transmisión sexual; y (5) salud reproductiva. Estoy consciente y acepto que CIFC Health puede compartir información con mis otros proveedores médicos para tratamiento médico o con un tercero para pagos financieros a través de medios electrónicos.

Autorizo a CIFC Health a solicitar y utilizar el historial de mis medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o de terceros pagadores de beneficios de farmacia con fines de tratamiento. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que revoque el consentimiento. Para revocar el consentimiento en cualquier momento, hablaré con el gerente de registro del departamento.

Una descripción de cómo CIFC Health puede usar o divulgar información de salud sobre mí, mis derechos relacionados con mi información de salud y cómo presentar una queja si considero que se han violado mis derechos se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de CIFC Health. Mi firma/firma electrónica a continuación reconoce que se me ha ofrecido o he recibido una copia del NPP de CIFC Health y que puedo acceder a una copia en cualquier momento en https://www.cifc.org/home-page/page/privacy-statement o en cualquier ubicación de la clínica.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del aciente o del Padre/Madre o Guardian Legal: _____

Nombre en Letra de Molde del Padre/Madre o Guardian Legal (si firmó arriba):

_____